

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE ESTANCIA DIURNA PARA LA PREVENCIÓN DEL PIÉ DIABÉTICO Y SUS COMPLICACIONES

Autor principal LAURA PÉREZ CORDÓN

CoAutor 1 INMACULADA PACHECO RUANO

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

Palabras clave PIÉ DIABÉTICO ENFERMERÍA GERIÁTRICA CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREVENCIÓN PRIMARIA

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción. El pie diabético es una complicación típica de la DM y es el factor causal más implicado en la patogenia de las úlceras. Del total de pacientes con úlceras, aproximadamente 2/3 presentan neuropatía, deformaciones y antecedentes de traumatismos menores. Ante esta realidad nos planteamos detectar factores de riesgo relacionados con el deterioro de la integridad cutánea, conocer la frecuencia en que aparece la neuropatía y vasculopatía periférica y analizar el grado de autonomía para aplicar los autocuidados.

Material y Métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el año 2013, sobre los pacientes diabéticos tipo II en una U.E.D., mediante valoración y exploración física inicial, a los 6 y 12 meses, tras aplicar intervenciones de Enfermería para la prevención del pie diabético y educación para la salud.

Resultados. La población diabética de la U.E.D. corresponde a un 33.3% del total, de los cuales el 100% presentaban algún factor considerado de riesgo por la IWGDF. El 40% presentaba neuropatía y el 70% vasculopatía periférica. La puntuación media obtenida en el Índice de Barthel correspondía a un grado moderado de dependencia para las ABVD.

Discusión. La presencia de factores de riesgo en el 100% de los usuarios, entre los que destacan la neuropatía y la vasculopatía periférica, resaltan la importancia de las funciones propias de la Enfermería en una U.E.D. para la prevención del pie diabético y sus complicaciones

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades de mayor impacto social y sanitario por su elevada prevalencia, complicaciones crónicas y alta mortalidad asociada (1).

El pie diabético, según la SEACV es una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que, con o sin la existencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie. Es una complicación microangiopática típica de la DM y es el factor causal más implicado en la patogenia de las úlceras, ya que está presente en el 50% de los diabéticos tipo II. Del total de pacientes con úlceras de pie diabético aproximadamente 2/3 presentan neuropatía, deformaciones y antecedentes de traumatismos menores. Otros factores de riesgo para desarrollar una úlcera son uso de calzado inadecuado, caídas o accidentes, diabetes de más de 10 años de evolución, mal control glucémico y edad avanzada.

La tarea más importante para el cuidado del pie diabético es la prevención, ya que aproximadamente el 15% de todos los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida. Entre el 7-20% de los pacientes con úlcera en el pie sufrirá una amputación. En términos económicos el pie diabético supone un 12-15% de los recursos económicos totales destinados a la diabetes (2).

De lo expuesto se deriva la importancia de la prevención de esta complicación así como la planificación de su atención y la asignación de recursos necesarios. Los elevados costes sociosanitarios y la morbimortalidad asociada a los problemas del pie del paciente diabético justifican las acciones dirigidas a prevenir, detectar y tratar de forma precoz las alteraciones del pie cuya evolución natural es hacia la ulceración, infección y amputación.

Los profesionales de enfermería que desempeñan su labor en una Unidad de Estancia Diurna (U.E.D), se encuentran en una posición privilegiada para esta vigilancia e intervención precoz. Una U.E.D. es un recurso de competencia estatal para la atención de personas mayores y/o con discapacidad física. Su destino es prestar atención y asistencia necesaria, así como facilitar la convivencia y propiciar la participación e integración social. Entre los servicios que se prestan se halla la Atención a la Salud psicofísica que incluye los cuidados de Enfermería. Estos cuidados abarcan las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto, la prevención del pie diabético es una función propia de la enfermera de una U.E.D. Además, llevar a cabo estas intervenciones en el centro, evita tener que acudir al Centro de Salud, evitando desplazamientos al paciente y la familia y mejorando con ello su calidad de vida.

Los pilares para el manejo adecuado del pie son inspección y exploración regular del pie, identificación del pie de riesgo, inspección y educación sobre el calzado adecuado. La exploración completa del pie debe realizarse como mínimo una vez al año. Incluye una valoración del estado general de la piel (color, engrosamiento cutáneo, sequedad, grietas, edema), una valoración musculoesquelética (deformidad y/o atrofia muscular) y detección de neuropatía periférica. Hay que destacar que no es imprescindible realizar un diagnóstico de neuropatía pero si interesa poner de manifiesto la pérdida de sensibilidad protectora y para ello se dispone de cinco pruebas recomendadas, entre las que se encuentra el monofilamento de Semmes-Weinstein. Varios estudios prospectivos han demostrado que la pérdida de sensibilidad a la presión objetivada con el monofilamento es altamente predictiva de ulceración del pie. Tiene una sensibilidad superior al 90% y una especificidad superior al 68% para predecir el riesgo de ulceración del pie de un paciente diabético. Con esta prueba se evalúa la sensibilidad táctil y la intensidad de una presión ejercida sobre un punto de la superficie cutánea. La detección de una prueba alterada indica pérdida de sensibilidad protectora (3).

Otro pilar fundamental en la prevención del pie diabético es promover la educación del paciente y su autocuidado. Algunos estudios han demostrado que los programas específicos dirigidos al cuidado del pie deben ser integrales, contemplando en los mismos, la clasificación del riesgo, el examen de los pies, la evaluación de la vasculopatía periférica, la evaluación de la neuropatía, la evaluación del grado de autonomía para el autocuidado y la educación al paciente, familia y/o cuidador/es (4).

Nos proponemos los siguientes objetivos:

-Evaluar el diagnóstico Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración de la sensibilidad, alteración de la circulación y

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el año 2013, sobre la totalidad de pacientes diabéticos tipo II en una Unidad de Estancia Diurna situada en Granada capital, resultando un total de 12 usuarios diabéticos de los 36 totales. Se excluyeron de este estudio los pacientes que en el Test de Pfeiffer obtuvieron una puntuación que correspondiera a deterioro cognitivo grave (2 usuarios).

Entre la información recogida se encuentra:

-Edad, género, nivel educativo, patologías actuales, años de evolución de diabetes Mellitus, tratamiento farmacológico actual.

-Exploración física del pie que incluye presencia de edemas, hiperqueratosis, lesiones, ulceraciones, estado de las uñas, estado de la piel, deformidades óseas, higiene, idoneidad del calzado.

-Exploración vascular del pie mediante valoración de pulsos distales y llenado capilar.

-Exploración neuropática con monofilamento de Semmes-Weinstein.

-Criterios de el International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF), que definen a los pacientes de riesgo (5).

-Nivel de dependencia (r/c capacidad de autocuidados) según Índice de Barthel.

La primera valoración y exploración física de los pacientes diabéticos se realizó, según las variables descritas anteriormente, en enero del 2013.

A continuación, se establecieron intervenciones enfermeras, relacionadas con los cuidados para la prevención del pie diabético que incluían consejos sanitarios sobre técnicas de correcta higiene de los pies, cuidado de las uñas, uso de calzado adecuado y control de las cifras de glucemia; educación sanitaria sobre cómo se debe hacer una correcta exploración del pie y cómo detectar lesiones que pueden dar lugar a complicaciones importantes incluyendo tanto al paciente como a la familia a través de notas informativas enviadas al domicilio; y fomento del autocuidado de los pies. Posteriormente, se realizó una nueva valoración y exploración física de los pies a los 6 y 12 meses.

La recogida de datos se realizó recogiendo las variables de estudio de la muestra seleccionada durante el año 2013.

El análisis de datos se realizó mediante medidas estándar de variables cualitativas y cuantitativas.

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

La población diabética tipo II de la Unidad de Estancia Diurna corresponde a un 33.3% del total de usuarios. Según los criterios del IWGDF el 100 % de éstos, se encuentran en Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración de la sensibilidad, alteración de la circulación y/o alteración del estado metabólico.

Una vez analizados los datos, detectamos que ningún usuario diabético presentó alteraciones en las variables de higiene inadecuada, presencia de lesiones o ulceraciones y ausencia de pulsos distales en ninguna de las valoraciones realizadas. En cuanto al calzado inadecuado, se detectó un paciente en la primera valoración. (Gráfico 1)

*Gráfico 1 - <http://imgur.com/rBTypva>

De los 10 pacientes incluidos en el estudio, ninguno presentaba ausencia de pulsos distales (Gráfico 1) pero 7 de ellos sí presentaban un tiempo de llenado capilar anormal, lo que se traduce en un 70% del total, porcentaje que se redujo al 60% en la valoración semestral y al 50% en la anual. (Gráfico 2)

*Gráfico 2 - <http://imgur.com/2eEMWvT>

En cuanto a la neuropatía, se detectó la presencia de alteración en 4 de los 10 pacientes incluidos en la muestra, un 40%. Cifra que permaneció estable a lo largo del año.

Todos los pacientes fueron valorados con el Índice de Barthel en las tres valoraciones anuales para registrar su grado de dependencia/independencia para aplicar los autocuidados propuestos por la enfermera de la unidad. (Tabla 1)

La puntuación media obtenida en la primera evaluación fue de 79.5, a los 6 meses de 79 y al año de 72, lo que se corresponde con dependencia moderada.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

De nuestro estudio podemos extraer que la presencia de los factores considerados de riesgo por la IWGDF entre los usuarios de la Unidad de Estancia diurna es muy elevada, ya que el 100% de los usuarios diabéticos presentaban uno o varios de estos criterios. Esto se traduce en un elevado riesgo de padecer en algún momento de la vida una lesión en el pie si no se aplican los cuidados necesarios.

En cuanto a la presencia de neuropatía, un 40% de los usuarios padecían esta alteración, cifra que se mantuvo constante a lo largo del estudio.

En cambio, la presencia de vasculopatía periférica estaba más extendida al inicio del estudio de manera que la población afectada llegaba al 70%, aunque al final de éste se redujo hasta un 50%.

Los pacientes presentaban un grado de dependencia que oscilaba entre moderada y escasa. Esto significa que aún son capaces de aplicar cuidados sobre sí mismos para evitar las complicaciones derivadas de esta patología. Respecto a este punto, hemos de destacar la función fundamental de la familia, con la que viven la mayor parte de los usuarios del centro. Ellos también han de ser partícipes en este tipo de cuidados y prestarles ayuda y/o apoyo en aquellas actividades que el usuario no sea capaz de realizar por sí mismo. Ocurrió así con el usuario al que en la primera valoración se detectó que llevaba un calzado inadecuado que podría provocar algún problema y, al ponerse en contacto con la familia, éste fue cambiado de inmediato. Lo cual, pone de manifiesto la necesidad de las intervenciones de Enfermería sobre la familia, respecto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, del pie diabético en este caso concreto, a través de la educación para la salud. En relación con el nivel de autonomía, resaltar que la puntuación media sufrió una disminución considerable debido a que un usuario sufrió una caída, tras la cual, aumentó su nivel de dependencia para los autocuidados.

Como conclusiones finales, podemos afirmar que el trabajo de la enfermera a través de la valoración, exploración y educación sanitaria en las unidades de estancia diurna es fundamental para la prevención de complicaciones asociadas al pie diabético, de hecho, en un año ninguno de los pacientes desarrolló ulceraciones o lesiones importantes que pudieran evolucionar hacia una amputación. Incluso algunos mejoraron en algunos

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Sería conveniente extender este estudio a más Unidades de Estancia Diurna para obtener una muestra más grande y extraer datos más fiables.

También sería interesante aplicar este tipo de estudio a los centros residenciales adaptándolo a las características propias de esta población.

Por otro lado habría que plantear un estudio para comprobar la adhesión de los usuarios y familiares a este tipo de actuaciones.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. Página web American Diabetes Association, disponible en <http://www.diabet.org/>
2. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, Lopez-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). Avances en Diabetología. 2013;29:182-9.
3. Vila Coll R, March García JR, Fontcuberta García JM, de Benito Fernández L, Martí Mestre FX. Guía básica para el estudio no invasivo de la isquemia crónica de miembros inferiores. Angiología 2009;61(Supl 1):S75-S92.
4. Valk GD, Kriegsman DM, Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database Syst Rev 2005;(1).
5. International Consensus on the Diabetic Foot. International Working group on the Diabetic Foot and IDF;2003.